JUN 19 1923

Untersuchungen über die Karies von Schulkindern in Städten mit und ohne Schulzahnklinik mit besonderer Berücksichtigung der „Sanierung“ der Gebisse.

Auszug aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der Zahnheilkunde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

Kurt Jacobi

Zahnarzt aus Oschersleben.

1922.

Referent: Geheimrat Prof. Dr. Kœrner.

Buchdruckerei Paul Michaelis, Halle a. S.

I. In der Einleitung wird zunächst auf die Bedeutung der Zahnkaries inbezug auf ihre Folgeerscheinungen hingewiesen. Es werden diejenigen Leiden aufgeführt, die in innigen Beziehungen zu Erkrankungen der harten Zahnsubstanzen, der Pulpa und des Periodontiums stehen. Verfasser kehrt dann zum Wesen der Karies zurück und geht kurz auf die Tatsache ein, daß Heer und Schule den geeignetsten Boden bilden zum Aufbau einer systematischen Erfassung des Volkes zur Sanierung.

Dann wird der Schädigungen Erwähnung getan, die die Karies inbezug auf die Leistungsfähigkeit der Schulkinder und ihr allgemeines Befinden zeitigt. Hierbei sind 3 Punkte zu beachten:

1. Zahnschmerzen ziehen die Aufmerksamkeit auf sich und vom Gegenstand des Unterrichts ab.
2. Durch die Zahnverderbnis werden andere körperliche Organe angegriffen und schädlich beeinflußt. Ihre Funktionen erfolgen mangelhaft, das Gesammtbefinden verschlechtert sich, bestimmte Stimmungen herrschen vor: Mattigkeit, Benommenheit, Schläfrigkeit, die sich bis zu geistigen Erkrankungen steigern können.
3. Es können durch häufige Zahnschmerzen dauernde Einengungen des Bewußtseins entstehen, die den Interessenbildungen des Kindes schädlich sind.

II. Nach Besprechung des Einflusses der Karies wird nunmehr zur Statistik übergegangen. Es werden Untersuchungen in 43 deutschen Städten besprochen, die im Auftrage der Zentralstelle für Zahnhygiene in Dresden nach und nach vorgenommen wurden. Das Ergebnis, unter 3765323 überhaupt vorhandenen Zähnen 1242802 kranke Zähne, bei 160588 untersuchten Kindern, entspricht im Großen und Ganzen demjenigen anderer statistischer Arbeiten.

Untersuchungen in außerdeutschen, europäischen Ländern sowie in Amerika ergeben gleiche Resultate.

Angeführt werden dann die Ergebnisse der Untersuchungen inbezug auf den Umfang der bereits stattgehabten Behandlungen.

Umfangreiche Untersuchungen über Grad und Lokalisation inbezug auf Zahngruppen, Kieferseiten bei beiden Geschlechtern werden dann zur Vervollständigung der Statistik herangezogen und schließlich auch die Resultate der Untersuchung vorschulpflichtiger Kinder, wie sie Schumacher vorgenommen hat, angeführt.

III. Darstellung der geschichtlichen Entwicklung der heutigen Schulzahnpflege. Es wird dabei festgestellt, daß die Anfänge dieser Bestrebungen bis in das letzte Dezennium des 19. Jahrhunderts zu verfolgen sind. Es ist das Verdienst Ritters, 1894 Schulzahnärzte und Schulzahnkliniken im heutigen Sinne gefordert zu haben.

Wir sehen dann, wie immer weitere Kreise sich mit dieser für das Volkswohl so wichtigen Frage befassen. Es ist das Verdienst Jessens, die Errichtung der ersten städtischen Schulzahnklinik durchgesetzt zu haben. Ihm gebührt der Ruhm, das Ziel mit zäher Energie verfolgt und die theoretischen Forderungen Ritters ins Praktische übertragen zu haben.

Es sind mithin 2 wichtige Daten in der Geschichte der Schulzahnpflege:

1. 1894 fordert Ritter Schulzahnärzte und Kliniken.
2. 1902 wird Jessen die Leitung der neubegründeten Straßburger städt. Schulzahnklinik übertragen.

IV. Nachdem der Gedanke, die Zahnverderbnis als Gefahr für das Volkswohl zu bekämpfen, in die Tat einmal umgewandelt war, trat die Frage in den Vordergrund, in welcher Weise, nach welchem Systeme dies am besten und erfolgreichsten zu geschehen habe.

Es sind hierbei folgende wichtigsten Systeme zu nennen:

1. Städte, in denen die Fürsorge in einer Klinik der Stadt ausgeübt wird.
   a) Verantwortlicher Träger der Fürsorge: ein hierzu gebildeter Ausschuß.
   b) ein ehrenamtlicher Leiter.
   c) Behandelnde Zahnärzte im Hauptamt angestellt.
   d) „ „ im Nebenamt „
2. Städte, in welchen die Fürsorge unter Hergabe städt. Mittel in den zahnärztl. Universitätskliniken erfolgt.
3. Städte, in welchen die Fürsorge auf Grund von Verträgen durch ortsansässige Zahnärzte im Anschluß an ihre Privatpraxis erfolgt.
4. Landkreise, in denen die Fürsorge ausgeübt wird
   a) durch Zahnärzte im Hauptamt angestellt.
   b) „ „ im Nebenamt „

Es werden dann die Vor- und Nachteile der einzelnen Systeme hinsichtlich der erzielten Erfolge, der finanziellen Fragen u. s. w. besprochen. An Hand von Vergleichen von Statistiken stellt Frohmann fest, daß bei Anerkennung aller Vorteile der städt. Schulzahnklinik die Vorteile der Behandlung der Schulkinder durch Privatzahnärzte durchaus in den Kreis der Beachtung zu ziehen ist.

V. Verfasser geht nunmehr, nachdem die Gründe für die Einführung der Schulzahnpflege besprochen sind, sowie die Geschichte,

die Statistik und die verschiedenen Systeme hinsichtlich ihrer Erfolge und ihrer Bewertung durch die Führer auf diesem Gebiete beleuchtet wurden, auf eigene Beobachtungen und Untersuchungen ein.

Zunächst wird auf die Art der Tätigkeit eingegangen. Es finden halbjährlich Untersuchungen statt, die auf sog. Zahnkarten vermerkt werden. Diese dienen zur eigenen Orientierung wie zur Mitteilung an die Eltern über den jeweiligen Stand der Zahnverhältnisse ihrer Kinder in leichtfaßlicher Weise. Gleichzeitig enthalten diese Karten Ratschläge für die Hygiene und Kosmetik des Mundes. Die Behandlung ist den Kindern bzwse. deren Eltern anheimgestellt und inbezug auf die Person desjenigen, der sie ausführen kann, keinerlei Beschränkung unterworfen. Während sie vom Schulzahnarzt ursprünglich gegen ganz geringes Entgelt ausgeführt wurde, wird sie jetzt entweder auf Kosten einer der verschiedenen Familienversicherungen oder zu Kassensätzen auf Kosten der Eltern selbst gewährt.

Verfasser geht dann auf die Theorieen Kantorowicz' ein und stimmt mit ihm zunächst darin überein, daß die Kosten der Behandlung tunlichst auf öffentliche Kassen zu übernehmen sind und daß die Behandlung möglichst frühzeitig zu geschehen hat.

Verfasser schildert nun die von ihm gemachten statistischen Feststellungen, die in Tabellen, von 1912 bis 1921, meist zweimal pro Jahr, niedergelegt sind. Es werden die Mängel die den besonderen örtl. Verhältnissen anhaften, sowie im allgemeinen derartigen Statistiken anzuerkennen sind, besprochen.

Grundlegend für das Verständnis der Tabellen ist folgender Leitsatz: Bei voller Anerkennung der Tatsache, daß es wünschenswert ist, daß jede, auch die kleinste Spur von Karies sofort beseitigt wird, muß doch in Berücksichtigung der sozialen Verhältnisse der Kinder sowie der wirtschaftl. Lage im allgemeinen im heutigen Deutschland eingeräumt werden, daß als Karies nur diejenigen erkrankten Stellen angesprochen werden, die eine Behandlung auf Kosten einer Krankenkasse rechtfertigen würden.

Es werden daher nur diejenigen Zähne als zu konservieren den Eltern angezeigt, bzwse. in der Statistik verwertet, deren Behandlung von jeder Krankenkasse anerkannt werden müßte, ohne den Vorwurf der sog. Vielgeschäftigkeit nach sich zu ziehen.

Verfasser bringt dann besondere Tabellen, aus denen sich ergibt:

1. Prozentsatz der erkrankten Zähne pro Kopf (nach Jahren und Geschlecht getrennt)
2. Zahl der kranken Zähne pro Kopf

3. Verhältnis der erkrankten bleibenden Zähne zu den Milchzähnen pro Kopf
4. Vergleichende Statistik der Zahnverhältnisse eines Jahrganges vom 7. bis 14. Lebensjahre

Aus diesen Berechnungen ergibt sich:

1. die Besserung des Zustandes der Zähne der Kinder ist stetig, wenn auch nicht ohne Schwankungen, vor sich gegegangen
2. Bestätigung der auch anderweitig aufgestellten These, daß das weilbliche Geschlecht zwar gesündere Milchzähne als das männliche aufzuweisen hat, daß die Verhältnisse aber umgekehrt liegen inbezug auf die bleibenden Zähne.
3. Die relative Besserung der Zahnverhältnisse der Mädchen ist größer als die der Knaben.
4. Während die Zahl der Zahnkranken allmählich etwas abnimmt, kommt sie 1918 zum Stehen, um schließlich wieder zuzunehmen. Im Jahre 1921 scheint wiederum eine gewisse Besserung einzusetzen.
5. Die anderweitig gemachte Beobachtung, daß die veränderte Nahrung und die Umstellung vieler sonstiger Lebensbedingungen während des Krieges eine Besserung der Zähnverhältnisse veranlaßt habe, kann nicht bestätigt werden, sondern das Gegenteil wird festgestellt.

Diese vom Verfasser beobachtete Verschlechterung stimmt völlig überein mit der Theorie des Zusammenhanges von Karies und Lebensweise (Fleischtheorie).

Verfasser geht dann auf einzelne Arbeiten ein, in denen die während des Krieges bzwse. während der ganzen Zeit der Blockade auf das äußerste beschränkte Lebensweise im Zusammenhang mit Karies besprochen wird.

Schließlich stellt Verfasser auf Grund der Ergebnisse seiner kritischen Betrachtung der Statistik der einzelnen Systeme sowie seiner eigenen Beobachtungen inbezug auf Art und Umfang der Sanierung der Schulkinder folgende Sätze auf:

Die Schulzahnpflege hat nach folgenden Gesichtspunkten zu erfolgen:

1. Behandlung im Schulgebäude, oder einem naheliegenden öffentlichen, der Stadt oder dem Staat gehörenden, von der Schule leicht zu erreichenden Gebäude, das möglichst auch von Lehrerpersonen beaufsichtigt werden kann.

1a. Behandlung möglichst während der Schulstunden, unter organisatorischer Beteiligung der Lehrkräfte an der Behandlung.

2. Bereitstellung der finanziellen Mittel durch Staat oder Gemeinde.
3. Sanierung im weitgehendsten Maße.